



Protocollo N. _____ del _____

Spett.le
Cooperativa Sociale C.S.S. Onlus
Località Tiro a Segno
71023 Bovino

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA
Progetto: “Mai Più Soli”

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a _____
(Cognome e nome) (Luogo di nascita)

il _____ residente a _____ in _____
(C.A.P. - Luogo di residenza - Provincia) (Via/Piazza/Vicolo)

_____ n. _____ C.F. _____
(Numero civico) (Codice Fiscale)

telefono n. _____
(Recapito telefonico)

CHIEDE

Di poter usufruire del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza per:

- ☐ Se Stesso
☐ Per il proprio familiare: _____
(Cognome e Nome del soggetto per cui si richiede il servizio)

Allega la seguente documentazione:

- ☐ modello ISEE
- ☐ Certificato medico o di invalidità
- ☐ Stato di famiglia

(eventuale ulteriore documentazione)

Data _____

FIRMA _____

I sottoscritt _____ ai sensi della L. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per il presente progetto.

Data _____

FIRMA _____